Notes sur l'acceptabilité du préservatif féminin : Étude auprès d'étudiantes et étudiants abidjanais

Notes on the acceptability of female condom: a study among female and male students in Abidjan

Aghi Auguste Bahi
Université de Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire)
aghi.bahi@gmail.com

Résumé

Dans ce travail basé sur des entretiens en profondeur avec des étudiants de l'Université de Cocody - Abidjan, nous nous interrogeons sur l'acceptabilité du préservatif féminin en cherchant à comprendre les raisons avancées par ces étudiants pour l'acceptation ou le rejet de ce préservatif. L'article discute des conceptions de la sexualité et des enjeux de pouvoir qui s'y dessinent et qui sont susceptibles de constituer de véritables entraves à l'adoption et à l'usage du préservatif *a fortiori* lorsque celui-ci est innovant et qu'il laisse une marge de liberté à la femme. L'acceptabilité du préservatif féminin est plus liée aux relations de pouvoir inhérentes à la relation entre les partenaires sexuels qu'aux valorisations utilitaire et hédoniste.

Palabras clave: Acceptabilité; Comportement (sexuel) à risque; Jeunes; Relations de pouvoir

Abstract

Based on in-depth interviews with students of the University of Cocody-Abidjan, this article examines the acceptability of the female condom, and tries to understand the students' reasons for accepting or rejecting its use. I examine conceptions of sexuality and power that emerge from their answers. These issues constitute real hindrances to the adoption and to the use of the condom insofar as it gives the woman a margin of freedom. The acceptability of the female condom is more to do with the inherent relation of power between sexual partners than it is to do with its utilitarian or hedonistic value.

Keywords: Acceptability; Relationship of power; Sexual behaviour to (high) risk; Youngs

Introduction: position du problème

La Côte d'Ivoire, avec un taux de prévalence du VIH/sida de 4,7% (EIS-CI 2005), est le pays le plus affecté d'Afrique de l'ouest, et figure parmi les 15 pays les plus touchés du monde.

Dans ce contexte, le «fémidom», préservatif féminin, est introduit en Côte d'Ivoire en 1997[1]. C'est un dispositif constitué d'un fourreau de polyuréthanne[2], comportant un anneau souple à chacune de ses extrémités: le petit anneau amovible fixé sur l'extrémité fermée, a pour but de faciliter l'insertion et le maintien du *fémidom* dans le sexe de la femme. L'anneau extérieur, plus grand et plus mince, reste à l'extérieur du sexe de la femme de façon à le recouvrir ainsi que la base du sexe de l'homme pendant les rapports sexuels. Cette barrière mécanique empêche ainsi la pénétration dans le vagin des spermatozoïdes ainsi que des agents responsables des IST y compris le VIH/sida (Mazina et Martens, 2002). La distribution du *fémidom* est encore très faible. Rare en officines de pharmacie, il est distribué par la Clinique Confiance du Projet Rétro-CI et par quelques centres de l'AIBEF[3] où il bénéficie d'un prix subventionné[4]. Le *fémidom* viendrait ainsi en appui au préservatif masculin dans la prévention. Or le condom masculin, parce qu'il est dit «déplaisant» et «atténue» le plaisir, rencontre un accueil difficile chez les femmes et surtout les hommes (Mette et Azu-Blay, 2005, p. 86).

Cette question a suscité peu d'intérêt chez les chercheurs en Côte d'Ivoire. Toutefois, on peut relever un travail sur l'«acceptabilité» du préservatif féminin chez des femmes à Abidjan (Deniaud et al., 1996). Cette étude descriptive, conduite majoritairement auprès de «professionnelles du sexe», présente les résultats d'un «test de produit» *in vivo* sur le *fémidom* où la notion d'acceptabilité va de soi. Plus récemment, ce préservatif est présenté comme un moyen complémentaire de lutte contre le VIH/sida, à même de réduire la gêne des femmes à acheter des capotes[5]. Ce travail qui témoigne brièvement des difficultés d'utilisation du *fémidom* présente l'avantage de considérer capote et *fémidom* comme une même réalité phénoménologique, celle des rapports sexuels protégés (Mette et Azu-Blay, op. cit.). Enfin, une étude prospective, recensant un éventail d'opinions et d'attitudes à même de documenter le couple acceptation/rejet, ambitionnait de proposer des éléments à prendre en compte pour l'élaboration d'une stratégie de communication pour la promotion du *fémidom* (Topé, 2005).

---

[1] Spécialisé dans la recherche et la prise en charge en direction des prostituées, le projet Rétro virus Côte d'Ivoire (Rétro-CI/USAID) initie sa promotion. Il est suivi par plusieurs autres ONG (internationales et nationales) avec l'aval du gouvernement ivoirien. Mais le fémidom n'est pas encore lancé officiellement sur le marché de la contraception et sa distribution n'est pas structurée. En effet, aucun grossiste (Laborex, DPCI, Copharmed, autres distributeurs et répartiteurs de produits pharmaceutiques) n'approvisionne alors aucune officine en fémidom. Seuls quelques individus à titre privé en fournissent à quelques rares officines restant difficiles à recenser et où il coûterait 1000 Francs CFA l'unité.

[2] Souple mais solide, le plus souvent de couleur claire, transparent, le fémidom a pour dimensions: 17 cm de long, 0,42-0,053 mm d'épaisseur et 7,8 cm son diamètre le plus long.

[3] Agence Ivoirienne pour le Bien -Être Familial.

[4] Le prix de 100 F CFA est le prix proposé par les ONG au cas où le *fémidom* bénéficierait d'un marketing social. L'initiative de Rétro-CI ne visait que les professionnelles du sexe au moment de l'enquête.

[5] Nom courant du condom masculin en Côte d'Ivoire.

Mais la question de l'accueil réservé au préservatif féminin demeure: Quelle est donc l'acceptabilité du *fémidom* chez les jeunes femmes et les jeunes hommes ordinaires? L'acceptabilité d'un produit innovant renvoie aux conditions qui le rendent acceptable (ou non) par l'utilisateur potentiel **avant** son usage réel et effectif (Laurencin et al., 2004). Le *fémidom* sera dit «acceptable» s'il fait sens, est utile, facile à comprendre, à apprendre, à utiliser et s'il suscite l'envie de l'acquérir. Notre étude, cherche à comprendre les raisons que les personnes interrogées ont d'accepter ou de refuser le *fémidom* avant même la période charnière selon nous de l'essai: «une raison est d'une nature telle qu'elle appelle nécessairement un jugement d'acceptabilité» (Quéré, 1999, p. 27). Une rationalité toutefois limitée (Crozier et Friedberg, 1977) qui forme un cadre d'analyse supposant d'appréhender les limites des connaissances des personnes interrogées et la marge d'incertitude présente dans la décision d'essayer ou non le préservatif nouveau.

Méthodologie

Nous avons donc effectué une enquête qualitative de type compréhensif basée sur des entretiens de groupes en profondeur auprès de jeunes étudiants de l'Université de Cocody[6]. Les «jeunes», groupe social intermédiaire, lieu d'une lutte stratégique de domination entre générations (Bourdieu, 1984), représentent une catégorie nombreuse (plus de la moitié) de la population, sexuellement active et très exposés au VIH de par leur comportement sexuel à haut risque[7]. Vingt-cinq étudiants et étudiantes âgés de 18 à 25 ans ont été interrogés dans des résidences universitaires de Cocody et d'Abobo au cours de quatre entretiens de groupes. Chaque groupe était composé de six individus chacun à l'exception d'un groupe d'étudiantes qui en comportait sept: deux groupes d'étudiantes, deux groupes d'étudiants. Précisons que sept individus sur dix composant cet échantillon accidentel et volontaire se déclaraient chrétiens et même catholiques, tandis que deux autres étaient musulmans et le dernier se déclarait «animiste».

Les discussions ont tourné autour de leurs connaissances de la contraception en général[8], des préservatifs en général. L'idée d'un préservatif féminin nous permettait de recueillir des opinions voire des jugements vis-à-vis de cette innovation. Après cette évocation, la tactique consistait à redéfinir la situation d'entretien (Kaufmann, 1996, p. 55) et stimuler les débats en montrant le *fémidom*. Nous laissions alors les participants libres de le toucher et d'en lire le mode d'emploi contenu dans son emballage, tout en observant leurs réactions et en enregistrant leurs raisons d'acceptation et de rejet. Vu le caractère délicat (voire tabou) du sexe, les entretiens individuels ou de groupe avec les étudiantes ont

[6] Abidjan avec 6,1% a un taux de prévalence du VIH plus élevé que la moyenne nationale qui est de 4,7% (EIS-CI 2005, 2006, p. 165)

[7] Rapports sexuels avec au moins un partenaire extraconjugal et non cohabitant, multiplicité de partenaires sexuels, rapports sexuels précoces, rapports sexuels non protégés (voir ONUSIDA, 2005; EIS-CI 2005, 2006). Notons que les rapports «à hauts risques» constituent la situation sexuelle «normale» de ces jeunes, ni mariés ni en union, chez qui le partenaire est souvent «extraconjugal et non cohabitant»…

[8] Les contraceptifs qu'ils disent connaître et disent utiliser, et les raisons de leur choix, opinion et perception vis-à-vis de ces contraceptifs qu'ils disent utiliser…

été conduits par une jeune assistante de recherche; nous avons administré ceux avec les hommes. Ces discussions ont été approfondies avec certains d'entre eux lors d'entretiens individuels compréhensifs renforçant les entretiens de groupe. Les grands thèmes de ces discussions structurent la présentation des résultats du présent article. Nous restons conscient des limites de notre approche et de la nécessaire circonspection dans ses interprétations.

Connaissance et utilisation des contraceptifs: la place du *fémidom*

Connaissance et usages des méthodes contraceptives

Les étudiants interrogés savent tous plus ou moins de quoi l'on parle lorsque l'on parle de contraception et en savent la fonction. Ils savent que les méthodes sont variées, mais leur univers de la contraception est limité à la pilule et à la capote, contraceptifs «courants» dont ils connaissent les avantages. Il y a une sorte de «spécialisation» caricaturale: la pilule contre les grossesses non désirées; la capote contre les IST/sida.

Près de la moitié des filles interrogées disent souvent utiliser conjointement la capote et la pilule parce qu'elles doutent de la solidité et de la fiabilité du préservatif masculin. Pour cela, entre autres raisons, elles joignent la pilule au condom très souvent à l'insu de leur partenaire. Mais l'utilisation de la pilule peut aussi être décidée par le *«partenaire titulaire*[9]*»* qui *«ne veut pas qu'on utilise le préservatif»;* et qui lui demande de prendre ses *«précautions»*: *«On arrêtera quand il voudra un enfant»*… Les filles qui utilisent uniquement la pilule affirment avoir essayé la capote mais n'ont pas supporté la douleur au bas ventre causée par le frottement pendant les rapports sexuels, et n'ont donc pas prolongé son utilisation. Depuis qu'elles ont entendu parler du sida et des moyens de s'en prévenir, les étudiantes interrogées disent réclamer de plus en plus l'utilisation du préservatif à leurs partenaires. Elles finissent par confesser qu'il interviendrait surtout au cours des aventures sexuelles ou avec les partenaires occasionnels et secondaires. Avec le partenaire «titulaire», elles ne l'utilisent pas toujours, bien que cela commence à devenir une exigence…

Les garçons quant à eux sont moins informés que les jeunes étudiantes en matière de contraception. Ils ne connaissent que la pilule et surtout la capote qui reste le contraceptif qu'ils utilisent le plus. Celui-ci permet, selon eux, d'éviter les grossesses non désirées, les IST et le sida. À l'image des filles, il existe la «titulaire», la copine officielle, connue de tous (parents et amis) et la «petite» qui fait office de maîtresse… Ce comportement ressemble bien à celui des plus âgés avec l'épouse officielle et l'amante ironiquement appelée «deuxième bureau». En général, les étudiants interrogés sont très conscients de l'existence du sida qui justifie avant tout l'utilisation de la capote, même si un parmi les hommes interrogés dit ne pas croire en l'existence du sida. Utiliser le préservatif reste une contrainte pour ces hommes enquêtés puisqu'il réduit le plaisir sexuel. Quoi qu'il en soit les hommes sont moins disposés que les femmes à avoir des rapports protégés…

[9] Le partenaire officiel, connu de tous, l'expression supposant bien des partenaires sexuels multiples…

En somme, l'univers de la contraception chez les enquêtés est limité aux méthodes qu'ils utilisent et qui font désormais partie de leur vie quotidienne. Mais il faut remarquer que les idées-forces des campagnes de sensibilisation se retrouvent très souvent dans les discours des étudiantes. D'une manière générale, les garçons comme les filles ont tous entendu parler du sida et disent que le condom est un moyen efficace de lutte contre le VIH. Nous n'avons pas enregistré d'idées «erronées» sur les modes de transmission du sida. Généralement, l'usage du préservatif est plus motivé par la peur d'une grossesse que par celle d'une IST. Mais ils doutent globalement de la fiabilité et de la solidité du préservatif *«ça ne protège pas à 100%».*

Connaissance et image perçue du préservatif féminin

D'une manière générale, comparé aux autres méthodes, le préservatif féminin est très faiblement connu des enquêtés: rares sont ceux qui en ont entendu parler; mais ces derniers ne l'ont jamais vu et ne peuvent donner aucune information quelconque sur cette méthode. Le *fémidom*, en tant que procédé spécial et marque, est inconnu. Cette méconnaissance est surtout remarquable chez les hommes. Les rares enquêtés qui savent quelque chose du préservatif féminin l'ont su par des journées de sensibilisation menées par les cellules de lutte contre le sida et par les *mass media*. Mais, quel que soit le support, le préservatif féminin (*fémidom*) n'a fait l'objet que d'évocations orales: notamment *«l'existence d'un préservatif pour femme»,* que *«ce préservatif bienvenu allait désormais participer à l'émancipation des femmes»*. Mais, que ce soit à la télévision ou dans des magazines, ils disent n'avoir jamais vu de préservatif féminin.

L'image perçue du *fémidom* par un individu renvoie à l'«ensemble des représentations et des associations attachées» (Lendrevie et Brochand, 2001, p. 149), d'après sa perception, processus par lequel l'individu «choisit, organise et interprète des éléments d'observation externe pour construire une image cohérente» (Reuchlin, 1977, p. 209) de l'objet. Après la présentation du *fémidom*, les étudiantes qui en connaissaient l'existence ne le citent pas comme méthode contraceptive de barrière au même titre que le condom. Toutes en déduisent des fonctions analogues à celles du condom: protéger la femme contre les grossesses non planifiées, les IST et le VIH/sida[10]. Seule l'étudiante enquêtée vivant avec le VIH a déclaré plus tard dans les conversations avoir utilisé une fois le *fémidom*. L'exhibition du *fémidom*, et la liberté laissée aux enquêtés de l'examiner, mettent ainsi en évidence l'image perçue de son aspect physique et mécanique. De fait, cette présentation, pour la première fois de leur existence, leur a permis d'avoir une idée plus précise de l'objet lui-même, de ses caractéristiques et détermine la formation d'impressions «premières»: réactions, d'étonnement, de stupéfaction, de peur, de comparaison avec le condom masculin, qui constituent en soi des griefs et des raisons de rejeter le *fémidom*. Dès cet instant, durant la suite des échanges en entretien, ils le comparent systématiquement au préservatif masculin. Ils ont souhaité savoir des choses élémentaires: *«Le prix?», «Comment ça se met?»*.

Leurs préjugés (et les rumeurs) sur le *fémidom* s'ajoutent à son prix supposé élevé et décourage les enquêtés y compris celles qui se disent décidées à l'utiliser si l'occasion se présentait. La

[10] Il faut indiquer qu'à l'instar des résultats de l'EIS-CI 2005 (2006, p. 98), tous ont entendu parler du sida et citent le préservatif (masculin) comme moyen efficace de lutte contre le VIH. On retrouve en cela, les résultats d'autres études (EIS-CI 2005, 2006, p. 98; Topé, 2005, p. 43, 60; Mette et Azu-Blay, 2005, p. 85).

«voisine» (évoquée plus haut) qui utilisait régulièrement le *fémidom* l’achetait à 800 FCFA l’unité dans une pharmacie de la place[11]. Mais vu ce prix élevé, elle a dû abandonner. Pour ceux qui acceptaient difficilement l’idée et le principe du *fémidom*, le prix élevé du produit est une raison supplémentaire de ne pas l’utiliser, une bonne raison de s’en détourner.

Raisons de rejeter le *fémidom*

Aspect physique du fémidom

Les enquêtés éprouvent et expriment tous les mêmes réactions négatives, y compris ceux qui ont exprimé des attitudes *a priori* favorables au préservatif féminin: *«Quoi? Mais ça c’est quoi ça? C’est trop gros»*, *«vilain», «pas esthétique», «trop grand», «Il fait peur à voir», « Ça ne ressemble pas à la femme»*. Ces sentences sont suivies de rires, de cris de colère ou de gestes d’indignation et de déception. Le *fémidom* est qualifié par les étudiantes de: «*truc»*, *«truc bizarre»*, *«truc abominable»*, *«caoutchouc», «puits»*, *«ça là», «sac»*, «*caoutchouc»*, «*machin»*. Rares sont les fois où ils arrivent à prononcer correctement le terme «fémidom». Ceux qui veulent s’y essayer butent sur le mot qu’aucun d’entre eux ne connaissait avant ces entretiens. Ces qualificatifs mettent en relief certes l’image approximative et négative de nos enquêtés quant à l’objet en lui-même, ainsi que leurs jugements, leurs opinions. Du coup, le préservatif masculin leur paraît *«plus petit»*, *«plus beau»*, *«plus esthétique»* et même *«plus pratique»*.

Les jeunes femmes en particulier sont préoccupées ou intriguées par l’anneau interne mobile, inexistant sur le condom. Du coup, elles s’imaginent que le *fémidom* peut causer une vive douleur à son utilisatrice ou même la blesser: *«en fait l’anneau qui est à l’intérieur là m’intrigue»*; *«l’anneau là, la forme même* (du *fémidom*) *ne donne pas l’envie de porter»*; *«Je trouve ça bizarre. Avec l’anneau, on a l’impression que ça va blesser»*. Dans leur imaginaire, douleur et blessure vont contre le plaisir dans les rapports sexuels. L’étudiante enquêtée vivant avec le VIH, dit l’avoir déjà essayé et n’est prête à le conseiller, car *«c’est difficile à mettre et il ne faut pas le conseiller de peur que nos sœurs l’utilisent… s’il est mal utilisé, la personne risque de contracter ce qu’elle voulait éviter* (le VIH)*»*.

Tous craignent des incidents dus à l’impraticabilité du *fémidom* qu’ils disent difficile à poser: par exemple qu’il ne disparaisse facilement dans le sexe de la femme; ou, comme certains étudiants, que le pénis n’y reste coincé. Ils estiment donc qu’il ne conviendrait pas à l’homme. L’aspect physique du *fémidom* est probablement l’un des plus grands obstacles à son adoption. Il est perçu comme étant aux antipodes d’une image stéréotypée de beauté et de finesse attribuée à la femme.

Libertinage et dévalorisation de la femme

Le *fémidom* est systématiquement comparé au condom par les personnes enquêtées. Or, unanimement, elles disent ne pas aimer le préservatif parce qu’il diminue le plaisir sexuel: *«Avec le préservatif, on ne sent pas le goût»*. Or, le plaisir fait partie intégrante de relation sexuelle. Mais la perception du risque de contamination étant, ils semblent se résigner au port du préservatif. L’étudiante enquêtée vivant avec le

[11] Parce que l’Agence Ivoirienne pour le Bien-être Familial (AIBEF) est souvent en rupture de stock.

VIH rapporte que le *fémidom* faisait des bruits désagréables pendant les rapports sexuels. Les «petites phrases» maintenant connues des chercheurs pour refuser le port du préservatif font retour: *«on ne mange pas une banane avec sa peau»,* ni *«un bonbon avec son emballage»*… cèdent le pas à l'étonnement *«on est où là?»* pour finir par *«c'est Dieu qui est notre préservatif»*… Aussi bien pour les étudiants que pour les étudiantes, les rapports sexuels seraient comme dénaturés par l'usage du préservatif. Ils expriment donc cette artificialité des relations sexuelles dues à l'usage des préservatifs. Posé en barrière physique, le préservatif ne parvient pas à jouer le rôle de médiateur du plaisir. Le «bruit» au sens propre du terme vient rappeler aux partenaires que quelque chose entrave leur relation…

Il est remarquable que les étudiants surtout parlent d'une relation sexuelle qui n'est pas «pure», authentique. Ils acceptent difficilement l'idée même d'un préservatif conçu pour la femme, n'en voient pas l'utilité et le trouvent même inacceptable car il symboliserait une dégradation accrue des mœurs: *«Je sens que l'humanité va à la dérive», «Ce n'est pas bienséant», «C'est pas bien du tout», «C'est la décadence»; «Ça choque la conscience»; «C'est abominable. Qu'est ce qu'on va créer encore?» «Si l'homme porte seul le préservatif que la femme ne porte rien, ça ne fait rien! Il ne faut pas qu'elle aille chercher ça»*... Fabriquer un préservatif pour la femme, c'est l'encourager au libertinage, au *«vagabondage sexuel»*. Elle aura désormais des facilités pour tromper son conjoint et avoir beaucoup de partenaires. *«C'est impensable! La société va à la dérive».* Plus encore, *«C'est bon pour les prostituées»*. Le préservatif féminin la dévaloriserait voire la déshonorerait parce qu'elle perdrait de sa pudeur, de sa splendeur, de sa valeur, de sa moralité donc de son respect; parce qu'il va à l'encontre de la morale et des valeurs traditionnelles. Pour certains, l'évolution de l'épidémie est due à la pauvreté: *«Il faut créer des instruments de développement. C'est l'oisiveté qui fait qu'il y a le sida.»*; *«Si les jeunes filles et même les jeunes hommes, ont du travail donc de l'argent, si les jeunes hommes aussi ont une entrée d'argent régulière, le vagabondage sexuel va chuter d'un cran, et avec lui le sida…»*. Pour la plupart des garçons, les campagnes prônant l'utilisation des préservatifs comme premier moyen de lutte contre le sida légitimeraient le «vagabondage sexuel» et feraient plutôt du marketing pour les entreprises commercialisant les préservatifs afin d'augmenter leurs chiffes d'affaires. Les campagnes devraient plutôt prôner l'abstinence et la fidélité. Pour être plus convaincantes, elles devraient montrer la réalité du sida, i.e. les souffrances des malades atteints du sida.

Menace pour l'autorité de l'homme

Les étudiants interrogés, n'approuvent pas l'idée de l'émancipation (associée au libertinage). Curieusement, les étudiantes interrogées partagent très souvent cette conception de l'émancipation, même si elles espèrent une plus grande marge de liberté. *«C'est un mot qui énerve les garçons»*; *«affaire de destin en main! Le préservatif ne peut pas permettre à la femme d'avoir son destin en main»*, *«s'il faut en parler comme ça, ce n'est pas la peine»*. Ici des thèmes des campagnes de sensibilisation sont directement mis en cause. L'argument de la décision incombant à la femme ne leur semble pas convainquant. L'initiative prise par la femme lors des relations sexuelles renvoie chez tous à l'image de la femme de mauvaise vie: *«C'est inadmissible!», «comment tu peux défier ton homme au lit?».* Les filles semblent disposées à se soumettre car celle qui mettrait le *fémidom* sans l'accord de son partenaire risque l'isolement: *«dormir toute seule avec ton caoutchouc* (*fémidom*) *jusqu'au matin»*.

Les garçons quant à eux refusent lien entre «émancipation» et «fémidom». Ils ont tous défini «émancipation» en un sens qui selon eux devrait être partagé par les deux sexes: comprendre que

l'époque où l'homme doit tout faire est révolue, la femme doit aujourd'hui aider son partenaire à s'occuper de la famille. Ils déplorent une certaine caricature de l'émancipation: *«L'émancipation, ce n'est pas porter tout ce que l'homme met, le pantalon, au point de créer des préservatifs pour femmes»*; *«Vous allez beau vous émanciper, vous ne pourrez jamais avoir de pénis»*. Les étudiants se sentent agressés par cette «émancipation» mais il s'agit d'un combat perdu d'avance parce que l'homme reste le chef. Parler d'émancipation revient à demander à la femme de ne plus tendre la main mais plutôt de partager les charges avec l'homme. Or ils pensent que la majorité des femmes n'est pas prête à le faire.

La plupart des étudiants enquêtés pensent que l'usage du préservatif féminin menace leur autorité et surtout leur domination sur la femme et tous s'accordent sur ce pouvoir considéré comme naturel. Ils ne conçoivent pas le fait que le débat sur le *fémidom* soit mené dans le sens de l'émancipation de la femme. *«Parce qu'il y a un préservatif pour les hommes, il faut en faire pour la femme?»*; *«l'homme, c'est l'homme, la femme, c'est la femme»*; *«l'homme a le dernier mot»*. En fait, *«Seul l'homme a le droit de sortir et d'avoir plusieurs partenaires»*. Cela est symbole de virilité, attribut du pouvoir de l'homme, qui renforce sa domination sur la femme. Ainsi, il est normal qu'un homme ait plusieurs partenaires, et s'il utilise le préservatif, cela est encore mieux; mais cela est inconcevable pour la femme. L'introduction du *fémidom* viendrait donc contribuer à bouleverser des principes déjà établis par la société. Les hommes extériorisent là leurs inquiétudes face à une diminution potentielle de leur gestion de la sexualité et de la génitalité de leur partenaire, du moment de la procréation, de la taille de la famille.

Pour justifier la domination masculine, certains évoquent la *«tradition»*, la *«sagesse des anciens»*, d'autres les livres saints[12] qui, depuis la Création, donnent la primauté à l'homme sur la femme – celle-ci étant sous sa responsabilité, une autorité sacrée. D'autres encore évoquent *«l'article 51 du Code civil ivoirien»* qui confirme l'autorité de l'homme en faisant de lui *«le chef de la famille»*. Pour ces étudiants, la principale vertu de la femme réside dans sa soumission à son partenaire.

Raisons d'accepter le *fémidom*

La fonction du fémidom pour la santé génésique

Un peu plus de la moitié d'entre les enquêtés pense qu'il est nécessaire et doit être vulgarisé tandis que d'autres affichent une sorte de passivité laissant l'initiative à leur partenaire: *«Si ça lui plait, on pourra* (l') *utiliser»*.

Toutes les étudiantes interrogées sont unanimes sur le fait que l'idée même d'un préservatif pour les femmes est bonne. La vulnérabilité de la femme face au virus du sida est multidimensionnelle et se décline au plan physiologique[13], économique, et socioculturel. Au plan économique, les étudiantes ont des besoins qui nécessitent généralement plus d'argent que ceux des jeunes hommes. Les entretiens corporels sont onéreux *a fortiori* pour des étudiantes sans emploi. Pour s'entretenir, se faire belle et

[12] *La Bible*, Genèse 1, 26… L'effet de surreprésentation des chrétiens dans l'échantillon interrogé influe probablement sur les logiques de naturalisation de l'autorité masculine…

[13] Au plan physiologique, la femme a de façon latente et récurrente des problèmes gynécologiques qui l'exposent plus à l'infection à VIH que l'homme…

rester à la mode, etc. ces besoins seraient bien souvent à l'origine de prostitution occasionnelle; appâtée par le gain, la fille peut n'avoir ni la force physique ni la force morale de résister au client désireux d'avoir des rapports non protégés. En outre, dans un univers de plus en plus pauvre, où les bourses d'études se font rares et où les parents peuvent difficilement aider leurs enfants à faire des études, la tentation est grande de se «caser» auprès d'un homme, plus âgé capable de l'entretenir, ou de trouver un *«parrain»* ou un *«bailleur de fonds»* (comme disent les étudiants). Dans cette prostitution occasionnelle l'amant de raison, le *«groto»*, exerce une réelle autorité sur la jeune femme et peut la contraindre à avoir des rapports sexuels non protégés. De son côté l'amant de cœur, généralement jeune et moins nanti, souvent bénéficiaire des retombées financières de cette prostitution accidentelle, ne comprend pas non plus que le préservatif lui soit imposé[14]…

Au plan socioculturel, cette vulnérabilité de la femme se comprendrait ainsi: le pouvoir de décision de l'homme s'origine dans les valeurs même de la «tradition»; ayant la responsabilité de la famille, il doit prendre soin financièrement de sa femme qui, en retour, doit lui être soumise. Les religions abrahamiques viennent renforcer ces valeurs. En définitive, *«c'est l'homme qui a le dernier mot»*. Perçu comme la figure d'autorité du foyer, il en gère la vie sexuelle et décide la reproduction (règle l'activité et le rythme génésique). Les étudiants interrogés, tout en se réclamant de la «nouvelle génération», partagent d'autant plus ces valeurs qu'elles asseyent et garantissent leur domination sur la femme. Les étudiantes (enquêtées), consentantes ou résignées, reconnaissent cette autorité de l'homme, surtout de leur *«partenaire titulaire»* dans leur vie de couple. Elles sont souvent incapables de leur refuser des rapports sexuels car elles n'ont pas de véritables moyens de contre-pression.

Une enquêtée s'est longuement étendue sur l'exemple de sa voisine de chambre qui était une utilisatrice du *fémidom*. C'est au cours de la préparation d'un exposé sur la question que sa voisine l'a découvert et a fini par l'adopter. Elle affirme que celle-ci préfère le *fémidom* à la capote parce qu'elle ressentait plus de plaisir quand elle le mettait: *«quand tu mets bien le préservatif féminin, c'est comme si tu n'avais rien mis»* car il n'y aurait pas la sensation du *«caoutchouc».* Le poser n'est pas difficile car selon elle *«on le met comme un tampon, c'est facile».*

Mais la femme n'a pas toujours les moyens d'amener l'homme à mettre un «condom» si celui-ci refuse. De ce fait, vulgariser le *fémidom* pour certains interviewés est indispensable à des approches efficaces de prévention du VIH/sida, car le *fémidom* pourrait être d'une grande utilité pour les jeunes filles en particulier et les femmes en général. En définitive, une question reste posée: ces filles pourront-elles mettre le *fémidom* si l'homme refuse? Étant le plus souvent dominée par l'homme, a-t-elle vraiment le choix de son usage?

La conscience du risque de contracter le VIH

Cette raison est étroitement liée à la fonction même du *fémidom*. Certaines étudiantes, souvent confrontées à l'inconstance des hommes et conscientes de leur vulnérabilité et de leur exposition à

[14] En comparaison, les étudiants hommes (selon les garçons et les filles enquêtées) s'attelleraient plus à faire des cours à domicile et autres activités lucratives. Cette question nous semble insuffisamment creusée, les étudiantes étant peu loquaces face à la délicate question du harcèlement sexuel. En réalité, l'on sait que les cours à domicile pour les étudiantes sont rapidement associés à de la prostitution de luxe…

l'infection du VIH/sida, pensent que le *fémidom* peut être une alternative possible au préservatif masculin. Le *fémidom* apparaît ainsi comme un instrument de sécurité sexuelle entre les mains de la femme et constitue une raison forte pour les jeunes femmes de l'adopter. Cette évocation leur procure alors un sentiment d'autonomie, qui devrait leur permettre d'être protégées même lorsque leur partenaire ne le souhaite pas. *«Ça* [le *fémidom*] *me plait parce que ça permet à la femme de prendre de l'initiative, puisque auparavant c'étaient les hommes qui prenaient toujours le devant»*. Ici, les étudiantes interrogées se montrent conscientes de l'effort et du tact qu'une telle négociation exigera afin de convaincre leurs partenaires.

Pour les personnes enquêtées qui encouragent la vulgarisation du *fémidom*, l'argument principal du risque est mis en avant. Si toutefois, des partenaires désireux d'avoir des rapports sexuels se retrouvaient sans capote et qu'ils avaient à leur disposition un *fémidom*, alors ils n'auraient d'autre choix que de l'utiliser. Selon eux, ils pourraient utiliser ce préservatif pour éviter une grossesse, une IST ou le VIH. Il faut forcément avoir *«ton truc sur toi, surtout pour les filles qui n'ont pas de partenaire fixe»* comme le dit une enquêtée. En pareille circonstance, les reproches au *fémidom* sont oubliés face au service qu'il peut rendre. Les étudiants enquêtés rappellent que la popularité du condom remonte aux années 1980 quand on a compris qu'il permettait d'éviter la transmission du VIH. Une jeune fille interviewée révèle que *«depuis que j'ai entendu parler du SIDA, j'utilise les préservatifs»*; un homme dit dans cette même lancée que *«j'utilise le préservatif par peur du lendemain. Moi, je n'ai pas envie de mourir jeune comme ça. Je n'ai pas encore vécu. Parce que c'est à 45 ans que je vais commencer à vivre. 45 ans, c'est là que la vie commence».* Une certaine soif de bien vivre, sans sida, de se bien conserver pour le futur apparaît. Chez les étudiants interrogés, le futur est synonyme d'argent durement gagné dans leur jeunesse, de pouvoir aborder sans complexes les filles qu'ils convoitent. Choses qu'ils ne peuvent obtenir maintenant car les filles sont *«matérialistes»* et eux sont démunis.

L'usage du préservatif, masculin ou féminin, a l'assentiment inconditionnel de la personne vivant avec le VIH. Elle dit ne pas avoir le choix quant à l'utilisation du préservatif. *«C'est nécessaire pour moi et je ne veux pas aussi contaminer mon partenaire»*. Toutefois, cette conscience du risque semble quelque peu fantasque. En effet, les enquêtés semblent plus craindre le risque d'une grossesse non voulue que celui de contracter le VIH. Cela s'explique probablement par le fait que la contamination en raison de ses effets tardifs peut rester ignorée (sauf si le test de dépistage est fait); la grossesse quant à elle se manifeste plus promptement et a des conséquences plus rapides[15]. L'enfant serait alors pour eux une punition, une malédiction. Mais cette idée de justice immanente ou de châtiment divin s'évanouit quelque peu quand il s'agit du sida: certains disent que *«c'est Dieu qui nous protège»*, quand d'autres remettent tout simplement en cause l'existence du sida.

En effet, pour elles, les hommes (souvent capricieux) utiliseraient toutes sortes d'astuces pour avoir des rapports non protégés, allant jusqu'à percer la capote afin qu'elle se déchire lors des rapports sexuels, ou à la retirer juste avant l'éjaculation. Avec le *fémidom*, il n'y aurait plus la crainte que le préservatif soit endommagé par le partenaire puisqu'il ne maîtrise pas sa pose dans le sexe de la femme. En outre, le *fémidom* peut suppléer le manque de condom (si l'homme n'en a pas sur lui).

[15] Étant jeunes et sans ressources financières, nos enquêtés n'ont pas les moyens de prendre soin convenablement d'un enfant vu qu'ils sont eux-mêmes à la charge de leurs familles.

Une preuve d'amour

Cette raison est étroitement liée à la conscience du risque de contracter le VIH/sida. Elle inspire une attitude favorable à la vulgarisation du *fémidom* est déterminée par la perception ou conscience du risque. Les étudiants enquêtés favorables au *fémidom*, disent pouvoir l'utiliser une fois pour faire plaisir à leur partenaire. Il s'agit là de projections sur l'utilisation possible du *fémidom*. Ils ne trouvent aucun inconvénient à accepter que leur partenaire mette un préservatif si elle le désire. C'est une occasion de prouver leur amour à leur partenaire. Lui laisser l'opportunité de mettre un préservatif, c'est une façon de lui faire plaisir et lui montrer qu'on l'aime, surtout que ce ne sont pas eux qui mettent ce préservatif. Ils n'ont rien à perdre. Pour la majorité des filles, contrairement aux garçons, la société évolue et le sexe n'est plus réservé aux personnes mariées. Elles trouvent donc nécessaire de conseiller l'utilisation des préservatifs, notamment aux adolescents, qui, découvrant tôt le sexe, ne doivent pas être exclus. Dès lors, les campagnes ne devraient pas se limiter aux seuls arguments de fidélité et d'abstinence (valable pour les adolescents), qui par ailleurs viennent après l'utilisation du préservatif: *«Le préservatif c'est plus sûr parce que la fidélité fait intervenir deux personnes. Il faut être sûr que l'autre est fidèle. Donc ce n'est pas sûr. Maintenant l'abstinence jusqu'à quel âge la personne va s'abstenir? Il va s'abstenir jusqu'à ce qu'un jour il tombe. Si la personne* [ne possède] *pas de préservatif sur elle, c'est comme si toutes ces années d'abstinence étaient réduites à néant».* C'est surtout chez les filles interrogées que l'usage du préservatif (masculin ou féminin) est présenté comme «une preuve d'amour» puisqu'il y a protection de l'autre: *«si ton homme t'aime vraiment, il va accepter que tu portes pour toi* [le *fémidom*]*, de la même manière que tu lui laisses porter pour lui* [la capote]*»*. Le fait de vouloir utiliser un préservatif revient à penser à l'autre… signifie ne pas penser à soi seulement.

Discussion

Les effets des campagnes sur les préservatifs se font sentir dans les propos de ces jeunes. Ils influent sur leur perception du *fémidom*. Ces propos expriment aussi une crise de confiance entre garçons et filles. Mais, ces campagnes semblent surtout avoir réussi à rendre le port du préservatif «politiquement correct», tout au moins «normatif», de sorte que ne pas l'utiliser est presque inavouable à l'instar, par exemple, de l'avortement comme moyen courant «contraception», ineffable, afin de se débarrasser d'une grossesse non souhaitée. Enfin, il faut constater ici le faible niveau de conscience du risque de contamination au VIH.

Toutefois, des personnes lors de notre enquête ayant soutenu l'utilité du *fémidom* disent vouloir l'essayer un jour, la valeur utilitaire de ce préservatif n'étant pas mise en cause à travers les propos de ces jeunes. La valeur symbolique du préservatif, perçue de façon contrastée (liberté et autonomie pour les unes, perte d'autorité et incitation à la débauche pour les autres), est vraisemblablement variable selon le sexe. En réalité, elle s'inscrit dans une relation de pouvoir homme/femme dont elle est le mitan. Les hommes négocieraient plutôt la non utilisation, ou à défaut le contrôle de la méthode contraceptive et le maintien de leur autorité… les jeunes femmes auraient plutôt tendance à négocier leur protection face aux hommes, leur autonomie et leur «*empowerment*». Ces positions, apparemment inconciliables, face à l'acceptation sociale du fémidom, traduisent le rapport de domination masculine (Bourdieu, 1998). Des idées antagoniques des femmes et des hommes notamment sur le sexe et les performances sexuelles, souvent sous-estimées chez les femmes font l'objet d'une surenchère chez les hommes (Foucault, 1984). Quant à la valeur hédonique du *fémidom* (du préservatif en général), elle est exprimée en termes de

gêne occasionnée par son port. Cette contrainte qui concerne réellement la vie sexuelle est symboliquement réprimée par les discours médiatiques officiels pour la santé. Les préservatifs, objets et adjuvants du plaisir, y sont des objets dé–sexués d'où le plaisir est évacué. Cette absence ne décrédibilise-t-elle pas le discours préventif?

L'acceptabilité du préservatif féminin, révèle des logiques conflictuelles de définitions et de pratiques sexuelles. Chez les étudiantes, la multiplicité des partenaires est moralement rejetée pour soi-même et pour l'autre, laissant la place à une vision plus romantique, mettant la confiance et l'unicité partenariale au mitan de la relation (Mette et Azu-Blay, 2005, p. 70-78). Pour les étudiants au contraire elle signifie dépravation de la femme en même temps qu'elle est un capital social convertible en capital symbolique (Bourdieu, 1994, p. 116-117) chez les hommes (Bahi, 2002). Le *fémidom* réveille des appréhensions masculines connues: manque de confiance en la partenaire, crainte de voir diminuer leur autorité, permanence de valeurs anciennes (Bahi, 2002, p. 97). Dans cette vision globale de la domination (sexuelle) masculine (Bourdieu, 1998), l'usage d'un préservatif (masculin ou féminin) reste à l'initiative de l'homme (Bahi, 2002; Topé, 2005; Mette et Azu-Blay, 2005) et continue à pérenniser la naturalisation de l'autorité masculine (Foucault, 1984, 1975; Bourdieu, 1998). En dépit de l'émergence du sida comme problème de santé publique dans les années 1980, l'acceptation du préservatif en général, et celle du *fémidom* en particulier, reste incertaine. En outre, la situation actuelle de la distribution et de la promotion du *fémidom* commande de s'interroger sur les représentations symboliques d'un préservatif à l'initiative et à l'usage de la femme.

En définitive, l'acceptabilité du *fémidom* dépend donc plus de la relation à l'objet et des rapports de pouvoir entre les partenaires de la relation sexuelle que de processus de valorisation logique (utilitaire) du produit ou de lutte contre la maladie. Ainsi, le *fémidom*, à l'instar du condom, peut avoir des répercussions fâcheuses sur les relations entre partenaires et apparaît donc plus comme un instrument de gouvernance de l'autre que de gouvernance de soi-même. Il est alors nécessaire de trouver un équilibre entre les craintes suscitées par le préservatif féminin chez les hommes et les bénéfices possibles des femmes. Sous ce rapport, l'acceptabilité du préservatif féminin semble donc être moins une question médicale qu'un problème communicationnel. Pour autant, l'acceptabilité reste une condition nécessaire mais non suffisante pour la décision d'adoption et d'utilisation durable. Le véritable problème reste bien de franchir l'étape de l'essai de la nouvelle technique proposée, de l'adopter et de l'utiliser durablement et se situe plus du côté de l'humain que celui du médical.

Les comportements à risques renvoient aux conceptions ordinaires et savantes du normal et du déviant, de la santé et de la maladie, du normal et du pathologique. Celles-ci se définissent «en fonction des exigences et des attentes liées à notre environnement, à nos insertions et à nos relations familiales, amicales et professionnelles» (Canguilhem, 1993, p. 113). Ainsi, la représentation médiatisée du sida, telle que construite par les médias et les diverses campagnes de sensibilisation, prendrait à revers les représentations de la santé et de la maladie, les représentations ordinaires du normal et du pathologique. La représentation de la séropositivité reste nouvelle et inédite: une contamination sans signes apparents de maladie, correspondant même aux images du «bien portant» (Herzlich, 2005), qui est un changement radical de la représentation ordinaire, courante, «traditionnelle» de la maladie. Elle ne coïncide pas avec les représentations de la maladie comme étant essentiellement destructrice (Memel Fotê, 1996, p. 28). Mais, quoi que l'on en dise, la séropositivité plus qu'une propédeutique du sida, représente la maladie elle-même donc la certitude de la mort. Le langage ordinaire exprimant alors cette vision de la santé est moins le langage du corps humain que celui du rapport de l'individu à la société, la maladie objectivant un

rapport conflictuel au social (Adam et Herzlich, 1994). La prévention de la maladie apparaît ainsi comme une autre figure de la bonne santé. Elle érige le port du préservatif en norme ou normal et construit le refus de l'utiliser comme déviance ou comme pathologique.

Le rôle de l'action communicationnelle préventive pour la santé individuelle et collective est de permettre aux individus de faire un choix en toute responsabilité. Dans cette citoyenneté de la santé, la véritable «disciplinarité des corps» (Foucault, 1975, p. 178) promue par les campagnes précédentes semble avoir induit, outre la «sexualité sans risque», une perception politiquement correcte de la sexualité elle-même, en déphasage (en contradiction) avec les craintes non apaisées des jeunes. Mais l'action préventive semble donc condamnée à réajuster ses définitions du normal et du pathologique en construisant symboliquement comme anormal voire malfaisant l'individu aux comportements à (hauts) risques susceptibles de se contaminer ou d'en contaminer d'autres. Mais sensibiliser n'est pas faire changer (Bahi, 2005; Adam et Herzlich, 1994) pas plus que prévenir la maladie n'évite pas forcément d'avoir à la guérir… Déclamer la responsabilité face au risque reste cautère sur jambe de bois si le niveau de conscience du risque chez l'individu lui-même reste bas et si la prise de responsabilité n'advient pas. La lutte contre les comportements individuels ou collectifs à (hauts) risques ne se fait pas par la coercition mais plutôt par la persuasion. La communication pour la santé (reposant ou non sur l'Information Education Communication, la Communication pour le Changement de Comportement et autres avatars), apparaît comme un prolongement de l'action de santé publique: notamment dans ses rapports entre les institutions de la santé et les politiques qu'elles mettent en œuvre d'une part, les populations concernées ou bénéficiaires et leur participation à l'amélioration des facteurs de leur propre santé. Les campagnes pour le port du préservatif ne sont peut-être pas capables de changer les comportements mais elles déterminent largement ce qu'il faut dire à ce sujet pour être bien vu en société…

Références

Adam, Philippe et Herzlich, Claudine (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan.

Bahi, Aghi (2002). Opinions et attitudes des hommes face aux méthodes contraceptives modernes. *Kasa Bya Kasa. Revue ivoirienne d'anthropologie et de sociologie, 3*, 83-107.

Bahi, Aghi (2005, avril). *Quelques réflexions sur le processus d'élaboration du risque santé*. *Actes du colloque international 1945-2005: 60 ans de communication pour le développement*, (pp. 23-31), Université de Douala, Douala, Cameroun.

Bourdieu, Pierre (1984). *Questions de sociologie*. Paris: Minuit.

Bourdieu, Pierre (1994). *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Paris: Seuil.

Bourdieu, Pierre (1998). *La domination masculine*. Paris: Seuil.

Canguilhem, Georges (1993). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.

Crozier, Michel et Friedberg, Erhard (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.

Deniaud, François et al. (1996). *Acceptabilité du préservatif féminin chez des femmes à Abidjan*, Abidjan, IRD (s/r).

EIS-CI 2005 Enquête sur les indicateurs du sida Côte d'Ivoire - EISCI 2005. (2006), Ministère de la lutte contre le sida, Institut National de la Statistique et ORC Macro Calverton, Maryland (USA).

Foucault, Michel (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard. 1993.

Foucault, Michel (1984), *Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs*. Paris: Gallimard. 1997.

Herzlich, Claudine (2005). *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris: EHESS.

Kaufmann, Jean-Claude (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris: Nathan.

Laurencin, Jean-Paul et al. (2004, mai). Synthèse des approches «acceptabilité». *Séminaire LUCE*, consulté le 15 mai 2006, de http://www.msh-alpes.prd.fr/luce/documents/presentation/axe4_acceptabilite_Forest_19052004.ppt

Le Breton, David (2002). *Les conduites à risque. Des jeux de mort au jeu de vivre*, Paris: PUF. 2004.

Lendrevie, Jacques et Brochand, Bernard (2001). *Publicitor 5ème édition*. Paris: Dalloz.

Mazina, Déogratias et Martens, Vladimir. (2002), Le point sur le préservatif féminin. Synthèse thématique. *Observatoire Socio-épidémiologique du sida et des Sexualités des Facultés Universitaires Saint-Louis*, consulté le 12 novembre 2007, de http://centres.fusl.ac.be/observatoire/document/Nouveau_site/Publications/Preservatiffeminin/presfem.pdf

Memel Fotê, Harris (Ed.) (1996). *Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*. Paris: L'Harmattan.

Mette, Lherbier et Azu-Blay, Dali (2005). *AIDS campaigns and sexuality in Côte d'Ivoire. A study of the sexual norms and practices of students at the university of Abidjan-Cocody*, Master Thesis, Rosklide University.

ONUSIDA (2005) *Le point sur l'épidémie du sida*, consulté le 20 juillet 2006 de, http://unaids.org/epi2005/doc/report_pdf.html

Quéré, Louis (1999). *La sociologie à l'épreuve de l'herméneutique. Essais d'épistémologie des sciences sociales*. Paris: L'Harmattan.

Reuchlin, Maurice (1977). *Psychologie*. Paris: PUF.

Topé, Michelle (2005). *Communication et acceptation du préservatif féminin chez les jeunes à Abidjan*. Mémoire de maîtrise. Abidjan: Université de Cocody.

Historia editorial

Recibido: 03/01/2008

Aceptado: 23/02/2008

Formato de citación

Bahi, Aghi Auguste (2008). Notes sur l'acceptabilité du préservatif féminin : Étude auprès d'étudiantes et étudiants abidjanais. *Athenea Digital*, 13, 105-119. Disponible en http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/463.